

DEMANDE DE TRAITEMENT

No. DE DÉMANDE : _____ No. D'HÔPITAL : _____ No. DE CODE : _____

S.V.P. COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

Nom				Prénom			
Numéro		Rue					
Ville				Province		Code postal	
Numéro de téléphone (Maison) ()		Numéro de téléphone (Travail) ()		Numéro de téléphone (Autre) ()			
Sexe	Lieu de naissance	Date de naissance (A/M/J)		Numéro d'assurance maladie			Date exp.
Nom du père				Nom de fille de la mère avec prénom			
Gardien légal de l'enfant							
Adresse du gardien légal				Téléphone (Maison): ()			
				Téléphone (Travail): ()			
Ville				Province		Code postal	
No. de dossier: Hôpital de Montréal pour Enfants				No. de dossier: Hôpital Ste-Justine			

A L'USAGE DE L'HÔPITAL:

RÉSUMÉ DU DOSSIER MÉDICAL REQUIS

Diagnostic provisoire et données cliniques: *(pour l'utilisation du médecin référant)*

SECONDE OPINION

Médecin référant		Date de la demande	
Adresse		Code postal	
Téléphone ()		Médecin traitant	
		Nom du Shriner référant	
SOURCE DE RÉFÉRENCE:		Adresse	
Médecin <input type="checkbox"/> Autres professionnels de la santé <input type="checkbox"/> Shriners <input type="checkbox"/> Temple _____ Radio <input type="checkbox"/> Famille/Soi-même <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> École/Professeur <input type="checkbox"/> Panneau publicitaire <input type="checkbox"/> Dépliant/Brochure <input type="checkbox"/> Autre (Spécifié): _____		Code postal	
		Téléphone: ()	